

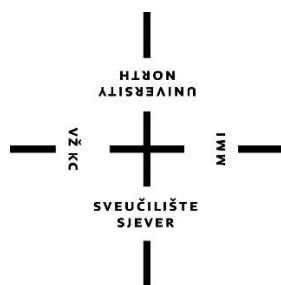
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1015/SS/2018

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma
debelog crijeva**

Ivana Srša, 0649/336

Varaždin, listopad 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1015/SS/2018

Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva

Student

Ivana Srša, 0649/336

Mentor

dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, listopad 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Ivana Srša	NAČELNI BROJ	0649/336
BATON	KOLEGIJ Zdravstvena njega odraslih 2		
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva		
NASLOV RADA HR	Health care for patients suffering from colon cancer		
MENTOR	dr.sc. Marijana Neuberger	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Nenad Kudelić, dr.med., predsjednik 2. dr.sc. Marijana Neuberger, mentor 3. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, član 4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1015/SS/2018
OPIS	Karcinom debelog crijeva predstavlja drugi najčešći uzrok smrtnosti od zloćudnih bolesti u oba spola. Debelo crijevo se sastoji od: slijepog crijeva sa cecumom, kolona, rektuma i analnog kanala. Funkcija debelog crijeva je apsorpcija vode i elektrolita, pohranjivanje fekalnih masa, formiranje stolice i njeno izlučivanje. Karcinom debelog crijeva se najčešće javlja kod osoba starijih od 50 godina, ali može ugroziti osobu ranije životne dobi. Simptomi koji mogu ukazati na pojavu karcinoma su: proljev, zatvor, rektalno krvarenje ili krv u stolici, stalna nelagodnost u trbuhu, osjećaj da se crijevo nikad u potpunosti ne isprazni, slabost, umor i neobjašnjiv gubitak težine. Karcinom debelog crijeva razvija se polagano i prođe mnogo vremena do pojave prvih simptoma. Rizik za pojavu karcinoma povećava se s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Važnu ulogu u prevenciji ima pravilna prehrana i zdrav način života. Dijagnoza započinje anamnezom i fizikalnim pregledom, a liječenje je uglavnom kirurško. Važnu ulogu u edukaciji članovi povjerenstva i podizanju svijesti o bolesti imaju zdravstveni radnici. Glavnu ulogu u njezi bolesnika ima medicinska sestra. Sestrinska je skrb usmjerena dobroj pripremi pacijenta za zahvat uključujući postupke koji pridonose bržem postoperativnom oporavku, pružajući psihičku podršku pacijentu kroz cijelo vrijeme hospitalizacije. Za postizanje potrebne kvalitete života važan je pozitivan ishod medicinskog liječenja i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba.

ZADATAK SPUŠTEN

22.8.2018.



POTPIS MENTORA

[Signature]

Sažetak

Karcinom debelog crijeva predstavlja drugi najčešći uzrok smrtnosti od zloćudnih bolesti u oba spola. Uzrok nastanka karcinoma nije točno poznat, ali je prema epidemiološkim istraživanjima uočena viša pojavnost u visoko civiliziranih naroda u čijoj je prehrani visok udio životinjske masti, a malo biljnih vlakana. Da bismo smanjili pobol i smrtnost od ove bolesti, trebaju se razviti učinkovite mjere prevencije. Otkrivanjem karcinoma debelog crijeva u ranoj fazi, mogu se spasiti životi. Rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva provodi se testiranjem na krv u stolici kod zdrave populacije pod prosječnim rizikom. U Nacionalni program su uključene osobe u dobi od 50-74 godine. Ukoliko je test na krv u stolici pozitivan osobu se poziva na kolonoskopiju kako bi se utvrdio razlog krvarenja. Tada je liječenje vrlo uspješno, jer se karcinom razvija sporo. Time se smanjuje potreba za operativnim zahvatima. Osobe starije od 50 godina trebale bi otići na testiranje svake godine, a najmanje svake treće godine. Debelo crijevo se sastoji od: slijepog crijeva sa crvuljkom, kolona, ravnog crijeva i analnog kanala. Funkcija debelog crijeva je apsorpcija vode i elektrolita, pohranjivanje fekalnih masa, formiranje stolice i njeno izlučivanje. Karcinom debelog crijeva se najčešće javlja kod osoba starijih od 50 godina, ali može ugroziti osobe ranije životne dobi. Simptomi koji mogu ukazati na pojavu karcinoma su: proljev, zatvor, rektalno krvarenje ili krv u stolici, stalna nelagoda u trbuhu, osjećaj da se crijeva nikad u potpunosti ne isprazne, slabost, umor i neobjašnjiv gubitak težine. Karcinom debelog crijeva razvija se polagano i prođe mnogo vremena do pojave prvih simptoma. Rizik za pojavu karcinoma povećava se s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Prognoza bolesti ovisi o proširenosti karcinoma u trenutku dijagnosticiranja i o pravovremenoj započetoj terapiji. Važnu ulogu u prevenciji ima pravilna prehrana i zdrav način života. Dijagnoza započinje anamnezom i fizikalnim pregledom, a liječenje je uglavnom kirurško. Važnu ulogu u edukaciji stanovništva i podizanju svijesti o bolesti imaju zdravstveni radnici. Glavnu ulogu u njezi bolesnika ima medicinska sestra. Sestrinska je skrb usmjerena dobroj pripremi pacijenta za zahvat uključujući postupke koji pridonose bržem postoperativnom oporavku, pružajući psihičku podršku pacijentu kroz cijelo vrijeme hospitalizacije. Za postizanje potrebne kvalitete života važan je pozitivan ishod medicinskog liječenja i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba.

Ključne riječi: debelo crijevo, karcinom, kolonoskopija, polip, dijagnostika

Summary

Colon cancer is the second most common cause of mortality from malignant diseases in both sexes. The cause of cancer is not known, but according to epidemiological studies, a higher incidence of high-population populations in which a high share of animal fat and a small number of plant fibers are observed. In order to reduce the morbidity and mortality of this disease, effective prevention measures should be developed. By detecting colon cancer in the early stages, life can be saved. Early colorectal carcinoma detection is performed by testing on blood in the stool in a healthy population under average risk. The National Program includes people aged 50-74. If a blood test in a chair is positive, a person is referred to a colonoscopy to determine the cause of bleeding. Then treatment is very successful because the cancer develops slowly. This reduces the need for surgical interventions. People over the age of 50 should go on testing every year and at least every third year. The colon can consist of: a blind bowel, colon, flat bowel and anal canal. Colon function is water absorption and electrolyte, fecal mass storage, stool formation and its secretion. Colon cancer is most commonly reported in people over the age of 50, but can endanger the person's early life expectancy. Symptoms that may indicate the occurrence of cancers are: diarrhea, constipation, rectal bleeding or stomach blood, constant abdominal discomfort, a feeling that the bowels are never exhausted, weakness, tiredness and inexplicable weight loss. Colon cancer develops slowly and spends too long before the first symptoms appear. The risk of cancer increases with a positive family history. The prognosis of the disease depends on the extent of the cancer at the time of diagnosis and on the timely initiated therapy. An important role in prevention has a proper nutrition and a healthy lifestyle. Diagnosis begins with anamnesis and physical examination, and the treatment is mostly surgical. Healthcare workers have an important role in educating the population and raising awareness of the disease. The main role in the care of a patient is a nurse. Nursing care focuses on good preparation for the patient, including procedures that contribute to faster postoperative recovery, providing psychic support to the patient throughout hospitalization. To achieve the required quality of life, it is important to have a positive outcome of medical treatment and to meet the basic needs of the human body.

Key words: colon, cancer, colonoscopy, polyps, diagnostics

Popis korištenih kratica

MR- magnetna rezonanca

HZJZ- Hrvatski zavod za javno zdravstvo

RR- krvni tlak

NG- nazogastrična sonda

KKS- kompletna krvna slika

PV- protrobinsko vrijeme

SE- sedimentacija eritrocita

KG- krvna grupa

GUK- šećer u krvi

K- kalij

Na- natrij

EKG- elektrokardiogram

RTG- rentgensko snimanje

CEA- karcinoembrionalni antigen

CA- karcinomski antigen

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Anatomija debelog crijeva.....	3
2.1. Fiziologija debelog crijeva.....	4
3. Epidemiologija i etiologija karcinoma debelog crijeva.....	5
3.1. Simptomi koji upućuju na karcinom debelog crijeva.....	5
3.2. Klasifikacija karcinoma debelog crijeva prema Dukesu.....	6
3.3. Nacionalni program za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva.....	7
4. Dijagnostika kod karcinoma debelog crijeva i intervencije medicinske sestre.....	8
4.1. Fizikalni pregled.....	8
4.2. Digitorektalni pregled.....	8
4.3. Rektosigmoidoskopija.....	9
4.4. Kolonoskopija.....	9
4.5. Fleksibilna sigmoidoskopija.....	10
4.6. Irigografija.....	10
4.7. Magnetna rezonanca-MR.....	11
5. Liječenje karcinoma debelog crijeva.....	12
5.1. Prehrana.....	13
6. Prijeoperacijska priprema.....	15
6.1. Psihološka priprema.....	15
6.2. Prijeoperacijske sestrinske dijagnoze.....	16
6.2.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti.....	16
6.2.2. Neupućenost.....	17
6.2.3. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane.....	18
6.3. Priprema bolesnika na dan operacije.....	19
6.4. Priprema probavnog trakta za operativni zahvat.....	19
6.5. Priprema operacijskog područja.....	20
6.6. Priprema bolesnika na dan operacije.....	20
6.7. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s operacijom crijeva.....	21
6.8. Poslijeoperacijske sestrinske dijagnoze.....	22
6.8.1. Bol u/s operativnim zahvatom.....	22
6.8.2. Visok rizik za infekciju.....	23
6.8.3. Smanjena mogućnost brige o sebi u/s operativnim zahvatom.....	24

7. Skrb pacijenta s kolostomom.....	25
7.1. Priprema materijala za njegu kolostome.....	25
7.2. Priprema bolesnika za njegu kolostome.....	26
7.3. Postupak njege kolostome.....	26
7.4. Život sa stomom.....	27
7.5. Enterostomalni terapeuti u Republici Hrvatskoj.....	28
8. Zaključak.....	29
9. Literatura.....	30
9.1. Popis slika.....	31

1. Uvod

Karcinom debelog crijeva jedan je od najčešćih zloćudnih bolesti kod oba spola. Karcinom debelog crijeva predstavlja drugi najčešći uzrok smrtnosti od maligne bolesti. Pojavljuje se u oba spola. Najčešće se javlja kod osoba starijih od 50 godina, ali može ugroziti osobe ranije životne dobi. Razlikujemo dobroćudne i zloćudne karcinome debelog crijeva. Manji polipi su najčešće asimptomatski, a kod većih polipa se javlja okultno krvarenje. Polip je tumor koji nastaje iz sluznice kolona i izbočuje se u crijevni lumen. Dijagnoza se postavlja na temelju fizikalnog pregleda, digitorektalnog pregleda, rektosigmoidoskopije, kolonoskopije, fleksibilne sigmoidoskopije, irigografije, nuklearne magnetne rezonance (MR) i dr. Najbolja prognoza za izlječenje se postiže radikalnim kirurškim zahvatom. Liječenje karcinoma debelog crijeva je multidisciplinarno, što znači da se kod velikog broja bolesnika primjenjuju dva ili tri oblika liječenja, od čega najčešće kirurško te kemoterapija ili kombinacija kemoterapije i zračenja [1].

Karcinom debelog crijeva najčešće nastaje kao mala benigna nakupina stanica, koju nazivamo adenomatozna polipoza. Simptomi koji mogu ukazivati na pojavu karcinoma su: proljev, zatvor, rektalno krvarenje ili krv u stolici, stalna nelagoda u trbuhu, osjećaj da se crijeva nikad u potpunosti ne isprazne, slabost, umor i neobjašnjiv gubitak težine. Karcinom debelog crijeva razvija se polagano i prođe mnogo vremena do pojave prvih simptoma. Rizik za pojavu karcinoma povećava se s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Važnu ulogu u prevenciji ima pravilna prehrana i zdrav način života [2].

Benigni karcinomi su najčešće adenomi i papilomi, koji se izbočuju u lumen crijeva i nazivaju se polipi. Polipi se najčešće javljaju u rektumu i sigmi, a rjeđe prema desnoj strani kolona. Endoskopska polipektomija se radi kod manjih polipa. Operacijske metode se primjenjuju kod velikih polipa. Dijagnoza se postavlja irigografijom, proktosigmoidoskopijom i kolonoskopijom. Liječenje se provodi kirurški. Najčešće treba učiniti proktokolektomiju s trajnom ileostomom. Kod malignih polipa može se pojaviti maligna aliteracija. Opasnost od maligniteta raste s veličinom polipa. Obiteljska polipoza kolona je premaligna bolest, jer često prelazi u karcinom kolona [2].

Nacionalni program za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva namjenjen je osobama u dobi od 50-74 godine. Testiranje se provodi kod oba spola. Testira se nevidljivo krvarenje u stolici svake 2-3 godine. Cilj programa je otkriti karcinom u početnom stadiju i povećati mogućnost za izlječenje [3].

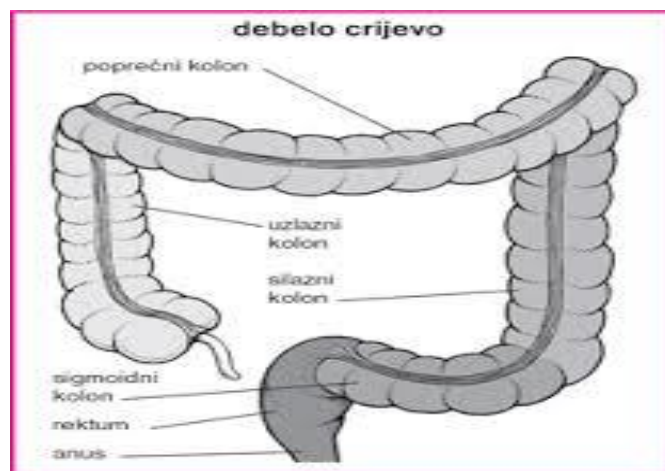
Važnu ulogu u edukaciji stanovništva i podizanju svijesti o bolesti imaju zdravstveni radnici. Karcinom debelog crijeva može se izlječiti ukoliko se bolesti dijagnosticira u početnoj fazi. Edukaciju pacijenata treba započeti odmah nakon postavljanja dijagnoze kako bi se umanjili strah, tjeskobu i zabrinutost. Medicinska sestra skrbi o pacijentu, provodi psihičku i fizičku pripremu pacijenata i edukaciju o njezi stome.

U radu će se objasniti anatomija debelog crijeva, fiziologija, simptomi karcinoma debelog crijeva, Dukesova klasifikacija karcinoma debelog crijeva, dijagnostičke metode, priprema pacijenta za operaciju, liječenje i prehrana kod karcinoma debelog crijeva i njega stome.

Medicinska sestra pri prikupljanju podataka o bolesniku utvrđuje i rizične čimbenike (starija dob, pretilost, pušenje, dehidracija, ovisnost, strah, tjeskoba) koji čine opasnost za bolesnika koji će biti operiran. Broj i vrsta rizičnih čimbenika utječu na duljinu i način prijeoperacijske pripreme, vrstu anestezije, te poslijeoperacijsku njegu bolesnika. Rizični čimbenici mogu uvjetovati odgodu kirurškog zahvata sve dok se bolesnikovo zdravstveno stanje ne poboljša. Starost, pretilost i liječene kronične bolesti (dijabetes, hipertenzija) uobičajeni su rizični čimbenici kojima anesteziolog i kirurg planiraju kirurški zahvat primjenjujući odgovarajuću medikamentu terapiju. Zdravstvena njega bolesnika s bolestima crijeva u prijeoperacijskoj pripremi usmjerena je na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, uklanjanje i/ili smanjenje tjelesnih simptoma, usvajanje poželjnog ponašanja, smanjenje bakterijske flore te prepoznavanje komplikacija.

2. Anatomija debelog crijeva

Debelo crijevo, *intestinum crassum*, dužine je oko metar i pol i nastavlja se na tanko crijevo u desnom donjem kraju trbuha. U debelom crijevu se apsorbiraju voda i minerali iz hrane. Proteže se oko rubova trbušne stijenke. Tanko crijevo se otvara u debelo crijevo postrance i ispod toga ulazi u desni donji dio trbuha (hipogastrij), nastaje crijevna vreća gdje debelo crijevo započinje, a naziva se slijepo crijevo, *caecum*. Debelo crijevo se od tankog crijeva razlikuje time što je šire i izvana naborano. Uzdužni mišići u stijenci debelog crijeva raspoređeni su u tri snopa. Mišićne su trake kraće od crijeva pa se mjestimično nabiru i poprečne ispupčine, *haustra*, između kojih se nalaze brazde. Desni se kolon opskrbljuje arterijskom krvlju kroz gornju mezenterijsku arteriju. Vene debelog crijeva najvećim se dijelom skupljaju u venu porte. Inervacija debelog crijeva je simpatička i parasimpatička. Živčana vlakna dolaze do crijevnice stijenke u spletovima ovijenim oko krvnih žila. U debelom crijevu nalazimo sluzne žlijezde i tu se dovršava probava uz pomoć enzima koji su dospjeli s kašastim sadržajem iz viših crijevnih dijelova uz upijanje (najčešće vode i elektrolita). Debelo crijevo se sastoji od četiri dijela: slijepo crijevo (*caecum*) sa crvuljkom (*appendix vermiformis*) kolon (*colon ascendens, transversum, descendens, sigmoideum*), ravno crijevo (*rectum*) i analni kanal (*canalis analis*) [3], kao što prikazuje slika 2.1.



Slika 2.1. Prikaz anatomije debelog crijeva

Izvor: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/images/msd-za-pacijente/527_2.jpg

2.1. Fiziologija debelog crijeva

Glavna funkcija debelog crijeva je apsorpcija vode i elektrolita iz crijevnog soka i pohranjivanje fecesa. Kretnje debelog crijeva dijele se na kretnje mješanja (haustracije) i propulzijske kretnje (masovne kretnje). Najprije se na jednom mjestu pojavi konstrikcija, a nakon toga se debelo crijevo u dužini 20 centimetara ili više aboralno kontrahira i potisne sav feces niz debelo crijevo. Simpatikus inhibira peristaltiku debelog crijeva, a parasimpatikus stimulira. Približavanjem peristaltičkog vala oslabljuje se unutrašnji analni sfinkter anusa, pa nastaje defekacija. Sluz je važan sekret u debelom crijevu u, a proizvode ga vrčaste stanice smještene u Lieberkuhnovim kriptama i na površini sluznice debelog crijeva. Sluz štiti sluznicu i zajedno sa alkalnim sekretom sprječava oštećivanje crijeвне stijenke kiselinama iz fecesa. U debelom crijevu se apsorbiraju voda, natrij, kloridi i amonijak [4].

3. Epidemiologija i etiologija karcinoma debelog crijeva

Karcinom debelog crijeva jedan je od najčešćih karcinoma. Podjednako se pojavljuje kod žena i muškaraca. Incidencija je različita u različitim djelovima svijeta, viša u razvijenim zemljama, a niža u zemljama u razvoju (40/ 100 000 do 60/ 100 000). U Hrvatskoj se godišnje dijagnosticira oko 3000 bolesnika. Karcinom se pojavljuje duž cijeloga debelog crijeva. Uočena je tendencije povećanja učestalosti karcinoma proksimalnog dijela. U etiološke čimbenike ubrajamo obiteljsko nasljeđe, prehrana i kronične upalne bolesti debelog crijeva. Epidemiološka istraživanja su pokazala vezu s prehrambenim navikama (visokim udjelom životinjskih masti i manjkom celuloznih vlakana) i upalnim crijevnim bolestima, posebice ulceroznim kolitisom. Debljina i povećana količina kalorija povezane su sa povećanim rizikom za nastanak karcinoma debelog crijeva. Redovita tjelesna aktivnost i upotreba nesteroidnih analgetika smanjuju rizik za nastanak karcinoma [5].

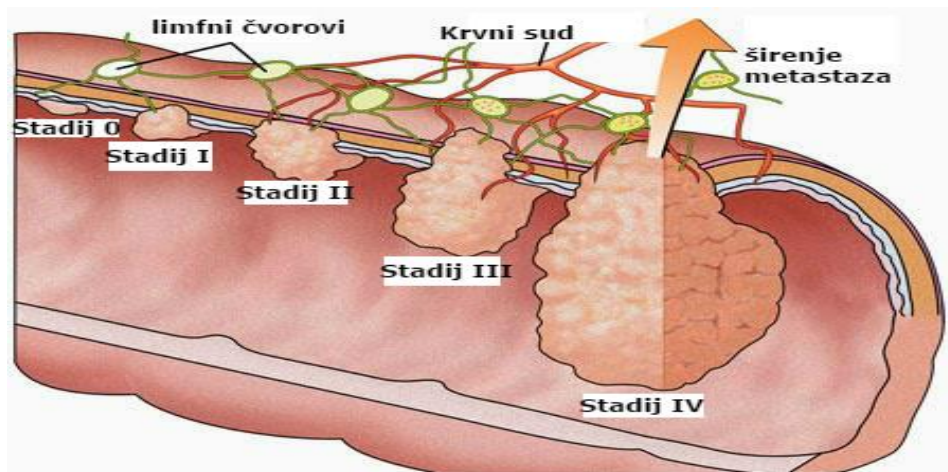
3.1. Simptomi koji upućuju na karcinom debelog crijeva

Simptomi karcinoma debelog crijeva mogu biti teško vidljivi i mogu upućivati na razna druga stanja. Karcinomi proksimalnog dijela crijeva češće su asimptomatski i praćeni znakovima opstrukcije i anemije. Karcinom debelog crijeva raste sporo pa i simptomi započinju postupno, tj. kada je karcinom dovoljno veliki da izazove simptome. Simptomi su različiti i ovise o mjestu i veličini karcinoma debelog crijeva te da li je metastazirao. Što je tumor u debelom crijevu distalnije, to je ranija pojava simptoma. Znakovi upozorenja javljaju se postepeno: umor, anemija-niska razina hemoglobina u krvi, krvava stolica, abdominalni bolovi i promjena rutine pražnjenja crijeva [5].

3.2. Klasifikacija karcinoma debelog crijeva prema Dukesu

Britanski patolog Cuthbert Dukes 1930. godine je uveo sustav klasifikacije karcinoma debelog crijeva u četiri stadija:

- stadij A: karcinom proširen do mišićnog sloja, limfni čvorovi nisu zahvaćeni
- stadij B: proširen na mišićni sloj, limfni čvorovi nisu zahvaćeni
- stadij C: probija mišićni sloj, limfni čvorovi zahvaćeni
- stadij D: prisutne udaljene metastaze [2], kao što prikazuje slika 3.2.1.



Slika 3.2.1. Stadiji karcinoma debelog crijeva

Izvor: <https://kozaric.ba/wp-content/uploads/2017/03/rak-debelog-crijeva-test.jpg>

Dukesova podjela temelji se na patohistološkom ispitivanju kirurškog preparata i uzima u obzir dva važna prognostička faktora: proširenost karcinoma i limfne metastaze. Kolorektalni karcinom se širi:

- direktno- kolorektalni karcinom nastaje u sluznici, odakle se širi kroz stijenku u svim smjerovima
- transperitonealno- u početku je zahvaćen peritoneum u blizini tumora, a kasnije je zahvaćen cijeli peritoneum i omentum majus
- limfno- limfna drenaža iz kolona odlazi u limfne čvorove duž gornjih mezenterijskih krvnih žila i aorte
- venski- venska invazija uzrokuje oblikovanje malignih tumora čija embolija rezultira u udaljenim metastazama (najčešće u jetri i plućima)
- implantacijom- tijekom operacijskog zahvata kod kolorektalnog karcinoma moguće je odljuštenje malignih stanica tumora i njihova implantacija u lumen crijeva, trbušnu šupljinu, operacijsku ranu ili crijevnu anastomozu [2]

3.3. Nacionalni program za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva

Prevenција i rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva od iznimne su važnosti. Najveći problem programa je da je odaziv stanovništva samo oko 18 posto, ovisno o regiji. Takav velik javnozdravstveni i socijalni problem zahtjeva multidisciplinirani pristup u kojem imaju veliku važnost i liječnici obiteljske medicine [6].

U Hrvatskoj i svijetu bilježi se porast incidencije i mortaliteta od karcinoma debelog crijeva. Ukoliko se karcinom debelog crijeva otkrije u početnoj fazi, prognoza je povoljnija i postiže se petogodišnje preživljavanje u 97% bolesnika. Kod rane dijagnostike moguće je pronaći polipe na debelom crijevu koji se kolonoskopski mogu i moraju ukloniti. Potkraj 2007. započet je Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja. U provedbu programa uključen je Hrvatski zavod za javno zdravstvo, bolnice, klinike, poliklinike te timovi primarne zdravstvene zaštite. Ciljevi programa su otkriti karcinom u početnom stadiju, otkriti i ukloniti polipe debelog crijeva te time povećati mogućnost izlječenja i poboljšati kvalitetu života već oboljelih osoba [3].

Program se provodi kod oba spola u dobi od 50 -74 godine. Testira se nevidljivo krvarenje (okultno krvarenje), a u slučaju pozitivnog nalaza radi se kolonoskopija. Rizik od razvoja karcinoma debelog crijeva raste nakon 40. godine, a 90% karcinoma otkrije se kod osoba stariji od 50 godina. Visokorizične su osobe s anamnezom prethodnog karcinoma debelog crijeva, oboljeli s adenomima debelog crijeva, bolesnici s nasljednim polipoznim sindromima, ulceroznim kolitisom i Chronovom bolešću. Zavod za javno zdravstvo šalje osobama u dobi od 50 -74 godine na kućnu adresu brošuru i suglasnost za program. Ukoliko se osoba želi testirati drugi put joj se šalju 3 test kartona, sanitarni podlošci, štapići, plastična vrećica, kuverta i anketni upitnik. Kuverta se ponovno šalje u zavod. Testiranje se provodi kroz tri dana. Svaki dan se nanese uzorak stolice na jedan karton i karton se treba posušiti na zraku 15 minuta. Osobe s pozitivnim nalazom se šalju na kolonoskopski pregled. Zavod ispitaniku šalje termin za kolonoskopiju i upute za čišćenje crijeva. Kolonoskopija je pregled sluznice debelog crijeva instrumentom kolonoskopom [8].

4. Dijagnostika kod karcinoma debelog crijeva i intervencije medicinske sestre

Osnovna je dijagnostika anamneza i klinička slika, te laboratorijski nalazi anemije. Određuju se i tumorski biljezi CEA, CA, u sklopu kliničkog pregleda obavezan je digitorektalni pregled. Od slikovnih metoda rade se rendgen, odnosno pasaža crijeva, kompjuterizirana tomografija i MR. Rektosigmoidoskopija i kolonoskopija s biopsijom daju konačnu dijagnozu. Metoda izbora za izravnu procjenu rektalnog tumora su rektoskopija i sigmoidoskopija s mogućnošću određivanja veličine, proširenosti, fiksacije, udaljenosti od analnog ruba i biopsije sumnjivih promjena sluznice. Rano otkrivanje može povećati udio pacijenata koji bi mogli izliječiti od bolesti. Probir asimptomatskih ispitanika u dobi od 40 godina na okultno krvarenje, najčešće otkriva karcinom prije nego što postane invazivan. Preferira se kolonoskopija kao test za rano otkrivanje karcinoma [8].

4.1. Fizikalni pregled

Fizikalni pregled je postupak prikupljanja podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Anamneza je ciljani razgovor kojim se prikupljaju podatci potrebni za postavljanje dijagnoze. Fizikalni pregled se sastoji od inspekcije (pregled gledanjem), auskultacije (slušanje, osluškivanje), perkusije (lupkanje određenih dijelova tijela) i palpacije (pipanje). Tijekom izvođenja fizikalnog pregleda mogu se koristiti različiti medicinski instrumenti poput: fendoskopa, nanometra, neurološkog čekića, stetoskopa i povećala [2].

4.2. Digitorektalni pregled

Digitorektalni pregled započinje inspekcijom analne i perianalne regije. Zatim se nastavlja pregled uvođenjem kažipsta sa zaštitnom rukavicom i naprsnjakom namazanim tankim slojem gela kroz analni otvor kroz analni kanal. Ispituje se prolaznost analnog kanala i mogućnost izvođenja endoskopske pretrage. Gleda se dali je prisutnost tumoroznih tvorbi u ampuli recti, krvarenja ili suženja uz palpaciju prostate i zadnjeg zida uterusa. Na kraju pregleda, obavezno se pregleda vrh kažiprsta, da li je eventualno prisutna krv ili sluz. Za pregled nije potrebna nikakva priprema niti uzimanje lijekova. Medicinska sestra smješta pacijenta na lijevi bok sa skvrčenim nogama i priprema liječniku rukavice i gel za pregled [2].

4.3. Rektosigmoidoskopija

Rektosigmoidoskopija je pregled završnog dijela debelog crijeva optičkim, savitljivim instrumentom (endoskopom) koji omogućuje prikaz svih anatomskih struktura ravnog, zavojitog i silaznog dijela debelog crijeva. Pretraga se radi ukoliko se posumlja na tumorske i ostale lezije u debelom crijevu, najčešće kod osoba starijih od 50 godina. Rektosigmoidoskopija je kratka kolonoskopija kojom se pregledava ravni, zavojiti i silazni dio debelog crijeva (sigmoidno crijevo i rektum) u dužini od 60 do 70 cm.

Dan prije se može pojesti lagani doručak. Za ručak se preporuča bistra juha sa dovoljno tekućine tijekom dana. U 17 sati dan prije popije se litra otopine Moviprepa, otopina se treba popiti unutar jednog sata, a nakon toga još pola litre čaja. Na dan pretrage 4 sata prije pregleda popije se 2. litra Moviprep otopine. Od početka uzimanja Moviprepa do završetka pretrage bolesnik nesmije uzimati nikakvu krutu hranu. Bolesnicima prije pretrage trebaju napraviti laboratorijske nalaze (KKS- kompletnu krvnu sliku i PV- protrombinsko vrijeme) zbog moguće elektrosekcije polipa [2].

4.4. Kolonoskopija

Kolonoskopija je pretraga debelog crijeva savitljivim kolonoskopom. Izvodi se kod sumnje na upalu ili karcinom debelog crijeva, nejasnih bolova u trbuhu ili nekih drugih indikacija. Kolonoskopija se preporuča kod osoba starijih od 50. godine zbog učestalosti karcinoma debelog crijeva. Tijekom pretrage može se uzeti uzorak tkiva za biopsiju. Pretraga je bezbolna. Bolesnik leži na boku, a savitljiva glatka cijev sa rasvjetom na vrhu (kolonoskop) se uvodi kroz anus u debelo crijevo. Tijekom pregleda u crijevo se upuhuje manja količina zraka kako bi dobili bolji uvid u izgled crijeva. Pacijenti koji su imali operacije trbuha, bili zračeni ili imaju manji prag boli, preporuča se izvođenje zahvata u anesteziji. Detaljno čišćenje debelog crijeva važno je za uspjeh pregleda. Priprema pacijenta za kolonoskopiju se sastoji od prehrane i primjene laksativa. Par dana prije kolonoskopije prestaje se davati pacijentu kruta, teško probavljiva hrana i zamjenjuje se s kašastom/tekućom uz što manje koštica i vlakana uz dovoljno tekućine. Pacijent potpisuje pismeni pristanak za pretragu. Pacijentu se daju dan prije dvije doze moviprepa za čišćenje crijeva. Ukoliko se pregled obavlja u anesteziji 6 sati prije pregleda pacijentu nesmiemo davati hranu niti tekućinu. [2].

4.5. Fleksibilna sigmoidoskopija

Fleksibilnom sigmoidoskopijom liječnik može vidjeti cijelo debelo crijevo. Neki oblici karcinoma ili polipa dalje ne mogu biti otkriveni ovom pretragom. Fleksibilna sigmoidoskopija služi za procjenu donjeg dijela debelog crijeva (kolona). Tanka, fleksibilna cijev se umeće u rektum. Malena kamera se nalazi na vrhu cijevi koja omogućuje liječniku vidljivost unutrašnjosti rektuma i većinu debelog crijeva. Tijekom pretrage se može uzeti uzorak tkiva za analizu [2].

Dan prije pregleda se treba pridržavati posebne lakoprobavljive prehrane. Liječnik može preporučiti upotrebu laksativa. Kolon mora biti potpuno čist prije zahvata. Večer prije pretrage pacijent može pojesti lagani obrok. Nakon ponoći se više nesmiye ništa jesti niti piti. Medicinska sestra priprema aparat za pretragu, potapa ga u otopinu nakon pregleda, a ukoliko se uzima uzorak šalje ga u laboratorij. Pacijent se stavlja na lijevi bok sa nogama savijenim u koljenima. Ukoliko je pacijent uplašen, potrebno mu je umanjiti strah. Tijekom pregleda može se uzeti uzorak tkiva za analizu ili ukloniti polip. Tjedan dana prije pregleda pacijent prestaje uzimati protuupalne lijekove i lijekove za zgrušavanje krvi ukoliko ih uzima.

4.6. Irigografija

Irigografija je pregled debelog crijeva koji se izvodi upotrebom ionizirajućeg zračenja uz aplikaciju barijevog kontrastnog sredstva i zraka kroz anus. Pretraga se radi prema preporuci specijaliste, najčešće gastroenterologa. Pretraga se radi kod upalnih bolesti i poremećaja crijeva, kod sumnje na malignu bolest debelog crijeva i kada je kontraindicirana kolonoskopija. Pretraga započinje punjenjem debelog crijeva kroz anus barijevim kontrastnim sredstvom, pražnjenjem te ponovnim retrogradnim punjenjem zrakom koji širi debelo crijevo i omogućava detaljnu analizu [17].

Priprema crijeva započinje dva dana prije pretrage. Preporuča se lako probavljiva hrana, mnogo tekućine i laksativi. Dva dana prije pregleda pacijent uzima Dulcolax tablete uz dovoljno tekućine. Dan prije pretrage konzumira bistru juhu, čajeve i Dulcolax tablete. Na dan pregleda pacijent treba doći natašte. Ponijeti sa sobom ranije nalaze, slike i nalaze krvi.

4.7. Magnetna rezonanca-MR

Magnetna rezonanca- kolonografija je radiološka dijagnostička metoda snimanja debelog crijeva, gdje je za dobivanje slike potrebno jako magnetsko polje. Kako bi pretraga bila uspješna potrebno je dobro isprazniti debelo crijevo. Pražnjenje crijeva započinje tri dana prije pretrage. Preporuča se lako probavljiva hrana i laksativi. Prednost magnetne rezonance je da je bezbolna i daje bolji uvid u izgled organa [2].

Prije pregleda potrebno je ukloniti sav nakit, metalne predmete i zubnu protezu. Pacijent mora biti miran tijekom pregleda. Posebne pripreme za pregled nisu potrebne. Ne preporuča se jesti ni piti 3 sata prije pregleda. Tijekom pregleda ponekad se ubrizgava kontrastno sredstvo u venu, zbog lakšeg postavljanja dijagnoze. Za vrijeme pregleda pacijent leži na stolu unutar uređaja kao što prikazuje slika 4.7.1.



Slika 4.7.1. Uređaj za magnetnu rezonancu

Izvor: <https://www.svkatarina.hr/hr/centar-za-radiologiju-i-dijagnostiku/informacije-o-mr-u>

5. Liječenje karcinoma debelog crijeva

Postoje različite metode liječenja kolorektalnog karcinoma. Najbolje izgleda za liječenje kolorektalnog karcinoma daje radikalni kirurški zahvat. Prije operacije debelog crijeva bolesnik treba biti pripremljen za operaciju. Svrha prijeoperacijske pripreme je smanjenje bakterija u crijevima. Kod malignih tumora kolona najčešće se primjenjuju sljedeći operacijski zahvati: desna hemikolektomija s ileotransverzostomijom, transverzalna kolektomija, lijeva hemikolektomija, sigmoidna kolektomija i novija metoda laparoskopska resekcija debelog crijeva [2].

Vrstu kirurškog zahvata određuje smještaj tumora. Zračenje se ne indicira rutinski u liječenju malignoma debelog crijeva. Adjuvantna kemoterapija temelji se na kombinaciji 5-fluorouracila i folne kiseline (leukovorina). Kirurško je liječenje primarni način liječenja karcinoma debelog crijeva. Prije nego što se karcinom razvije, moguće je ne-kirurškim putem ukloniti predkancerogene izrasline tzv. polipe. Taj se postupak naziva polipektomija. Polip se uklanja pri samoj bazi koja izgleda poput stručka gljive. Pravovremeno uklanjanje predkancerogenog polipa može spriječiti daljnji razvoj karcinoma. Kemoterapija predstavlja primjenu lijekova kojima se uništavaju tumorske stanice. Može se primjenjivati putem centralnog venskog katetera. Nakon operacije, zračenjem se uništavaju stanice karcinoma koje peroralnim putem - u obliku tableta, poput kapecitabina ili intravenskim putem kao injekcija u venu ili infuzija nisu odstranjene tijekom operativnog zahvata. Također se koristi i za smanjenje veličine tumora prije operacije te za olakšavanje simptoma uznapredovalog karcinoma, primjerice začepljenja crijeva. Biološka terapija naziva se još i imunoterapija. To je vrsta liječenja koja aktivira imunološki sustav organizma podižući prirodne obrambene snage protiv bolesti [4].

Provedeno je istraživanje o hitnoj kolektomiji 2008. godine. Autori istraživanja su Vuković M. i Moljević N. Hitna kolorektalna kirurgija povezana je s visokom stopom pobola i smrtnosti. U istraživanju je sudjelovao 81 ispitanik (46 muškaraca i 35 žena, prosječnih 64 godina). Smrtnost nakon hitne kolektomije iznosila je 6 %. Prosječni boravak u bolnici iznosio je 13 dana. Zaključak istraživanja je da kolektomija s anastomozom prikladna za liječenje opstrukcije lijevog debelog crijeva, niska je smrtnost i osigurava se dobra kvaliteta života [9].

5.1. Prehrana

Nakon operacije crijeva, slijedi period prilagodbe crijeva na hranu. Tijekom boravka u bolnici postupno se uvodi hrana, kao što prikazuje slika 5.1.1. Prvih 14 dana hrana treba biti okrepljujuća, lako probavljiva i energijski dostatna. Važno je uspostaviti redovito stolicu čvršće konzistencije. Pri uspostavi stolice pomažu jela poput riže i rižine sluzi, kuhanog krumpira, kuhanih sitnih zobenih pahuljica i njihove sluzi te banane. Narednih par mjeseci potrebno je konzumirati laganu hranu koja će zadovoljiti energijske potrebe i omogućiti brži oporavak pacijenta. U početnom periodu utjecaj hrane je individualan pa je potrebno voditi dnevnik prehrane, kako bi se evidentirale eventualne smetnje koje uključuju na lošu podnošljivost. Period prilagodbe traje 8- 12 mjeseci, a nakon toga se uvodi uravnotežena i zdrava prehrana, prema individualnim navikama. Istraživanja su pokazala da namirnice biljnog podrijetla smanjuju rizik za nastanak karcinoma debelog crijeva. Tijekom par mjeseci nakon operacije potrebno je konzumirati što više tekućine. Velik udio vlakana u prehrani nije poželjan. Važno je jesti redovito kroz više manjih obroka. Hranu treba dobro sažvakati i jesti polagano. U hranu koja povećava broj stolica i izaziva mekšu stolicu ubrajamo: pića sa kofeinom, nerazrijeđeni sokovi, svježe povrće, kelj, luk, nedovoljno kuhano povrće, sirovo voće, smokve, sušene šljive, integralni proizvodi od žitarica, jaki začini...U hranu koja smanjuje broj stolica i sudjeluje u formiranju stolice ubrajamo: banane, ribane jabuke s korom, groždice, borovnice, suhi kruh i dvopek, bijela riža, tjestenina, zobene pahuljice, kuhani krumpir, čokolada, orašasti plodovi, sušeno voće i čajevi [10].

Danas se hrana smatra glavnim oružjem protiv karcinoma. Najvažnije oružje protiv karcinoma koje se nalazi u voću i povrću je beta karoten. Češnjak i luk su jaka preventivna sredstva, pa ih je potrebno konzumirati svaki dan. Zeleno povrće kao što je špinat, kelj, tamnozeleni salata i brokula, prepuno je različitih antioksidansa uključujući beta karoten i folnu kiselinu, kao i lutein. Što je povrće zelenije to ima više karotenoida koji sprečavaju karcinom. Crni i zeleni čaj imaju antikancerogeno djelovanje. Zasićene masti u mlijeku izazivaju određene vrste karcinoma. Potrebno je izbjegavati crveno meso, te hranu životinjskog porijekla i mliječne proizvode, poput sira i punomasnog mlijeka koji sadrže puno zasićenih masti te dati prednost goveđem mesu [10].

PREPORUKE ZA DIJETOTERAPIJU
POSILIJE OPERACIJE NA ŽELUCU I CRIJEVIMA.

Namirnice	Preporučuje se	Dopušteno u manjim količinama	Zabranjeno
JUHE	Nemasne juhe od pasiranog povrća(ukuhati sitnu tjesteninu, rižu, krupicu), prežgana juha, sluzava juha od riže juha od raskuhane teletine i peradi. Riblja nemasna juha		Masne juhe, juhe od kupusa i cvjetače, juhe od suhog mesa, industrijske, gotove juhe, jako kisele juhe
MESA	Nemasno mlado meso pirjano u vlastitom soku, kuhano ili na žaru (teletina, junetina, kunje, puretina, piletna)	Nemasno svinjsko meso, hladna pečenja, hrenovke, pureća prsa u ovitku, toast šunka	Pržena i poljana mesa, dimljena mesa, salame i trajne kobasice, paštete, mesne konzerve, guske, patke
RIBE	Bijele ribe kuhane ili na žaru, a prije serviranja prelivene s malo hladnog ulja	Nemasna, kuhana pastrva	Masne ribe (skuša, tuna, šrdela, šaran, som) riblje konzerve, lignje, dagnje, rakovi
JAJA	Polutvrda ili meko kuhana jaja		Tvrdo kuhana jaja, pržena jaja
MLJEKO I MLJEČNI PROIZVODI	Obrano mljeko, posni svježi sir, kiselo mljeko, jogurt, acidofil, stepko, mlačenica	Svježe vrhje	Punomasno mljeko, zreli, masni sirevi, sir dimljeni, staro vrhnje
KRUH I ŽITARICE	Bijeli, odstajali kruh, dvopek, toast, tjestenina, riža, kukuruzna i pšenična krupica	Makaroni, špageti	Kruh s integralnim žitaricama, svježi, vrući kruh i pecivo, dizana tijesta, okruglice, valjušci, kroketi
POVRĆE I SALATE	Kuhani krumpir, kuhano i pasirano povrće (špinat, blitva, mrkva, mladi grašak, mlade mahune, cvjetača)	Mlada salata s limunovim sokom (cikla, zelena salata)	Grah, bob, leća, grašak, slanuta, paprika, kupus, kiseli kupus, krastavci, kelj, brokula, korabica, stare mahune, konzervirano povrće, prženi i pečeni krumpir
MASNOĆE	Maslinovo, suncokretovo i ulje kukuruznih klica	Maslac	Svinjska i gušćja mast, majoneza
SLASTICE	Biskvit, puding, krupica i riža na mljeku, šnenokle, šato	Mlječni sladoled, kisela tijesta (ne jesti koru), med	Kolači s puno nadjeva, pržena i dizana tijesta, palačinke, čokolada
VOĆE	Kuhano voće, prirodni voćni sokovi, kašice od voća	Voćni žele, džem	Neoguljeno, nedozrelo i kiselo voće, grožđe, kupine (kožica i koštice), konz. voće
PIĆA	Blagi biljni čajevi (kamilica), blagi ruski čaj	Slaba kava, kakao, svijetlo pivo, razblaženo crno vino, mineralne vode	Crni čajevi, crna kava, tamno pivo, alkoholna žestoka pića
ZACINI	Limunov sok, sol, lovor	Vinski i jabučni ocat, koncentrat rajčice	Crveni luk, češnjak, ocat, alkoholni, senf, hren, začinska paprika

Slika: 5.1.1. Preporuke za dijetoterapiju poslije operacije na crijevima i želucu

Izvor: <http://www.kbd.hr/odjeli/kirurgija/zavod-za-abdominalnu-kirurgiju/informacije-za-pacijente/preporuke-za-prehranu-bolesnika>

6. Prijeoperacijska priprema bolesnika

U prijeoperacijsku pripremu pacijenata ubrajamo psihičku pripremu, pripremu dan prije operacije, pripremu na dan operacije, brijanje operacijskog područja i pripremu probavnog trakta.

6.1. Psihološka priprema

Važnost psihološke pripreme je osigurati bolesniku najbolju psihološku spremnost za operativni zahvat. Bolesnik i zdravstveno osoblje moraju stvoriti međusobni odnos povjerenja. Psihološku pripremu započinje liječnik kirurug. On bolesniku i njegovoj obitelji mora na razumljiv način objasniti potrebu, važnost i korist kirurškog zahvata, dužinu boravka u bolnici, mogućnost ishoda operativnog zahvata i upoznati ga s mogućim rizicima i komplikacijama operativnog zahvata. Bolesnici dolaze sa strahom na odjel. Boje se priprema za kirurški zahvat, smrti, anestezije, unakaženosti, slabosti, boli i nemoći. Bolesnika kroz razgovor trebamo potaknuti na smanjenje straha. Kod prijema na odjel, medicinska sestra može pomoći bolesniku da se bolje osjeća. Bolesnika treba uključiti u planiranje i provedbu zdravstvene njege, to će pridonijeti tome da će bolesnik steći povjerenje, postavljati pitanja i izražavati svoj strah. U razgovoru s bolesnikom medicinska sestra treba saznati što bolesnika opušta i savjetovati mu da to čini u vrijeme prije operacije (vježbe disanja, slušanje glazbe, molitva).

Dokazano je da nakon dobre psihološke pripreme bolesnik lakše podnosi operativni zahvat, oporavak je brži, treba manje analgetika i boravak u bolnici se skraćuje za 1-2 dana. Bolesnikove individualne potrebe utječu na to tko će sudjelovati u pripremi bolesnika za operaciju (liječnici, medicinske sestre, rendgenski tehničari, laboratorijski tehničari, socijalni radnici, svećenici...). Uspjeh kirurškog zahvata ovisi o sposobnosti svih članova zdravstvenog tima. Potrebno je postići i održati otvorenu komunikaciju i ohrabrivati bolesnika, ali ne mu reći da se nema čega bojati, jer time omalovažavamo njegovu zabrinutost [1].

Mnogi bolesnici za vrijeme boravka u bolnici ne mogu zadovoljiti neke od svojih osnovnih psiholoških potreba poput: potreba za ljubavlju i pripadanjem, potreba za sigurnošću i ugodom, potreba za poštovanjem i samopoštovanjem. Navedeni problemi dovode kod bolesnika do jakih frustracijskih stanja. Prijeoperacijsku psihološku pripremu možemo nazvati tehnikom inokulacije stresom.

Medicinska sestra treba uzeti dobru sestrinsku anamnezu iz koje se mogu lako utvrditi problemi i uzroci koji su do njih doveli. Podaci za anamnezu se prikupljaju tijekom intervjua s bolesnikom. Prikupljaju se osobni podaci o bolesniku, podaci o bolesnikovoj percepciji boli, bolesnikovom psihofizičkom stanju i bolesnikovom emocionalnom stanju. Psihološka prijeoperacijska priprema provodi se od dolaska bolesnika na odjel pa do odlaska u operacijsku salu. Profesionalan pozitivan odnos između bolesnika i medicinskog osoblja smanjuje tjeskobu i potištenost bolesnika te se poboljšava međusobna suradnja. Podrška članova obitelji bolesniku je vrlo važna, pa se trebaju uključiti u rad sa bolesnikom kad god je to moguće [1].

6.2. Prijeoperacijske sestrinske dijagnoze

Svrha prijeoperacijske pripreme bolesnika je osigurati najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat.

6.2.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti

„Anksioznost je neugodan osjećaj nelagode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.“

Prikupljanje podataka: kroz razgovor od pacijenta i obitelji saznati prethodna suočavanja sličnim situacijama, procijeniti pacijentove metode suočavanja s anksioznošću i stresom

Kritični čimbenici: promjena okoline i rutine, osjećaj izoliranosti, prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, dijagnostički i medicinski postupci, strah od smrti

Vodeća obilježja: smanjena komunikativnost, otežan san, glavobolja, bespomoćnost, verbalizacija straha i napetosti, otežano suočavanje sa problemom, hipertenzija, tahikardija, tahipneja

Ciljevi: pacijent će prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti, pacijent će se pozitivno suočiti sa anksioznošću

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- biti uz pacijenta
- pacijenta upoznati sa okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima

- informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima
- koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju
- osigurati mirnu i tihu okolinu
- omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka

Evaluacija: pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih, pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti, pacijent se pozitivno suočava sa anksioznosti [11]

6.2.2. Neupućenost

„Neupućenost je nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.“

Prikupljanje podataka: prikupiti podatke o dobi pacijenta, prikupiti podatke o životnim navikama i stilu života, procijeniti razinu znanja pacijenta

Kritični čimbenici: nedostatak iskustva, nepoznavanje izvora točnih informacija, pogrešna interpretacija informacija, kognitivno perceptivna ograničenja

Vodeća obilježja: nepostojanje specifičnih znanja, netočno izvođenje određene vještine

Ciljevi: pacijent će verbalizirati specifična znanja, obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentu

Intervencije:

- poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
- prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima
- osigurati pomagala tijekom edukacije
- poticati pacijenta da postavlja pitanja, da verbalizira osjećaje

Evaluacija: pacijent verbalizira specifična znanja, obitelj aktivno sudjeluje u skrbi i pruža podršku [12]

6.2.3. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane

„Pothranjenost je stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutrijenata.“

Prikupljanje podataka: prikupiti podatke o prehrambenim navikama, tjelesnoj težini, procijeniti BMI, procijeniti stanje sluznica, turgor kože, prikupiti podatke o emocionalnim, socijalnim i genetskim čimbenicima, o bolestima

Kritični čimbenici: umanjen apetit, životni stil, povraćanje i proljevi, napetost, osamljenost, socijalna izolacija, bolesti probavnog sustava

Vodeća obilježja: slabost, smanjen interes za hranom, tjelesna težina manja za 20% ili više od idealne, dokumentiran nedovoljan kalorijski unos, smanjeni albumini u serumu

Ciljevi: izraditi plan prehrane, nadzirati unos i iznos tekućina, objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine određenih kalorijskih vrijednosti, pacijent neće gubiti na težini, pacijent će postupno dobivati na težini

Intervencije:

- nadzirati unos i iznos tekućina
- poticati na konzumiranje manjih, ali češćih obroka
- osigurati dovoljno vremena za obrok
- dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka
- osigurati pacijentu namirnice koje voli
- osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
- poticati ga da vodi dnevnik prehrane
- pomoći pacijentu pri konzumiranju hrane ukoliko nemože sam jesti

Evaluacija: pacijent ne gubi na težini, pacijent postupno dobiva na težini, nutritivne potrebe pacijenta su zadovoljene [12]

6.3. Priprema bolesnika dan prije operacije

Priprema dan prije operacije je usmjerena na procjenu zdravstvenog i emocionalnog stanja, pružanje psihološke podrške, anesteziološki pregled i primjenu propisane terapije. Provjerava se da li su obavljeni svi pregledi i laboratorijske pretrage koje su potrebne. Važno je da se pruži bolesniku psihološka potpora, smanjuje strah i tjeskoba, kako bi lakše podnio operativni zahvat. Bolesnik mora potpisati pristanak za operativni zahvat. Bolesniku se redovito mjere vitalni znakovi. Dan prije operacije potrebno je osigurati bolesniku lako probavljivu hranu ovisno o vrsti operativnog zahvata i upozoriti bolesnika da poslije ne uzima hranu, a poslije ponoći više ni tekućinu. Napraviti pripremu probavnog sustava prema preporuci liječnika. Prije operacije potrebno je okupati bolesnika sa antiseptičnom otopinom. Ukoliko je potrebno vadi se krv za interreakciju. Terapija se daje prema uputama anesteziologa. Sve navedene postupke treba evidentirati [1].

Opće pretrage i priprema iste su za sve bolesnike i sve operacije. U osnovne rutinske laboratorijske pretrage krvi spadaju: hematološke pretrage krvi (sedimentacija eritrocita (SE), KKS), krvna grupa i Rh faktor, biokemijske pretrage krvi (šećer u krvi, kalij, natrij, kreatinin, urea, ukupni bilirubin) i urina. U opće pretrage spadaju još elektrodinamske pretrage - EKG, radiološke pretrage (RTG snimka pluća i srca), te mišljenje kardiologa i anesteziologa. Specijalne pretrage indicirane su osnovnom bolešću zbog kojeg je indicirano kirurško liječenje [1].

Prehrana je uvjetovana stanjem, indikacijom, vrstom operativnog zahvata i mjestom kirurškog zahvata. Liječnik propisuje količinu i sastav hrane. Medicinska sestra upućuje bolesnika o važnosti uzdržavanja od uzimanja hrane na usta prije i nakon operativnog zahvata. Bolesnik se podučava o načinu izvođenja vježbi disanja, iskašljavanja i udova kako bi se prevenirale moguće komplikacije. Važno je ponavljati upute, demonstrirati način izvođenja i poticati bolesnika na izvođenje.

6.4. Priprema probavnog trakta za operativni zahvat

Priprema probavnog sustava za kirurški zahvat sastoji se od „čišćenja“ crijeva i karencije: uzdržavanja od uzimanja hrane na usta. Ona se provodi prema odredbi liječnika i shemi koja se primjenjuje u određenoj ustanovi. Za „čišćenje“ crijeva mogu se upotrijebiti laksativi, klizme i ispiranje crijeva. Kod većih kirurških zahvata na probavnom sustavu priprema traje nekoliko dana. Bolesnik je na peroralnoj prehrani s malo ostataka i/ili na parenteralnoj prehrani, a crijeva se „čiste“.

Mehaničko čišćenje crijeva provodi se na nekoliko načina: davanjem purgativa, davanjem klizme i irigacijom cijelog crijeva. Kod primjene purgativa najčešće se primjenjuje magnezij sulfat, a u novije vrijeme i osmotski diuretici. Klizma se daje navečer, dan prije operacije. Ne daje se ujutro, na dan operacije, jer dio tekućine zaostane u kolonu. Klizmom se očisti samo lijevi kolon. Irigacija cijelog crijeva je kontinuirano ispiranje cijelog crijeva elektrolitskim otopinama kroz nazogastričnu sondu [1].

Antibakterijsko liječenje se provodi na dva načina. Oralno uzimanje slabo apsorbirajućih antibakterijskih lijekova (kanamicin ili neomicin uz metronidazol 2-3 dana). Parenteralno davanje aminoglikozida i cefalosporina uz metronidazol 1-4 sata prije operativnog zahvata [1].

6.5. Priprema operacijskog područja

Pri pripremi operacijskog područja treba se pridržavati načela: operacijsko područje mora biti čisto i bez dlaka. Na nekim se kirurškim odjelima prijeoperacijsko brijanje mjesta incizije obavlja kombiniranim električnim aparatom za šišanje i brijanje, a brijanje se žiletom ne preporučuje jer povećava rizik od infekcije. Također se dlake mogu odstraniti depilatorom i kremom za depilaciju. Prijeoperacijska priprema antiseptičnim otopinama smanjuje rizik od infekcije. Brijanje operacijskog polja najbolje je napraviti neposredno prije operacije u sobi za pripremu. Površina koja se brije ovisi o operacijskom rezu, a najčešće 15-20 cm oko predviđenog reza. Brije se od sredine mjesta operacije prema van. Ispiranje uklanja sve ostatke sapuna, kože i dlačica [2].

6.6. Priprema bolesnika na dan operacije

Priprema bolesnika na dan operacije važan je čimbenik za uspješnost kirurškog zahvata. Smirena okolina ima važnu ulogu koja bolesniku daje osjećaj sigurnosti. Uloga medicinskog osoblja je osigurati bolesniku najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za operativni zahvat. Provjeriti da li je bolesnik natašte, upozoriti ga da više ne smije uzimati ni hranu ni tekućinu. Obaviti osobnu higijenu antiseptičnim sredstvom i njegu usne šupljine, te obrijati operativno područje. Redovito mjeriti vitalne znakove, da ne bi bilo odstupanja od normalnih vrijednosti. Pripremiti čisti i dezinficiran bolesnički krevet i smjestiti bolesnika u krevet. Bolesnik treba skinuti sav nakit, zubnu protezu i lak sa noktiju. Bolesniku se obuće bolesnička košulja, uputiti ga da isprazni mokraćni mjehur. Staviti elastične zavoje ili obući antiembolijske čarape.

Čarape sprečavaju nastanak tromba za vrijeme operacije. Dati bolesniku propisanu terapiju i premedikaciju. Premedikaciju treba primijeniti u pravilno vrijeme, prema pisanoj odredbi anesteziologa. Najčešće se primjenjuje atropin za smanjenje salivacije i mogućnost aspiracije slina, te sedativi kako bi se bolesnik opustio. Kod žena provjeriti da li imaju menstruaciju. Uputiti bolesnika da će se poslije premedikacije osjećati omamljeno i žedno. Upoznavanje bolesnika s djelovanjem lijeka smanjit će nesigurnost i strah od neočekivanog. Pripremiti bolesniku identifikacijsku narukvicu i povijest bolesti. Dokumentirati sve navedene postupke. Transportirati bolesnika u operacijsku dvoranu. Predati bolesnika i dokumentaciju medicinske sestre u operacijskoj dvorani. U pratnji treba biti medicinska sestra koja je njegovala i pripremala pacijenta za operaciju [2].

6.7. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s operacijom crijeva

Poslijeoperacijska zdravstvena njega usmjerena je otklanjanju tjelesnih simptoma poput: boli, mučnine i povraćanja, sprečavanje infekcije i poučavanje bolesnika. Staviti bolesnika u Fowlerov položaj sa nogama flektiranim u koljenima, za lakše iskašljavanje i bolju ventilaciju pluća. Mjeriti prvih 3 sata vitalne znakove svakih 15 minuta, a kasnije svakih pola sata. Bilježiti diurezu kod bolesnika. Aspirirati želučani sadržaj, time se smanjuje mogućnost aspiracije, povraćanja i distenzije. Kontrolirati drenažu operativnog polja, mjeriti količinu i izgled drenažnog sadržaja. Promatrati zavoj, zbog mogućnosti krvarenja.

Ukoliko se pojavi problem sa zatvorom primijeniti parafinsko ulje 2-3 puta na dan po jednu žlicu ili drugi laksativ. Bolesniku se ne smije davati klizma prvih 7 dana. Laksativi potiču peristaltiku i osiguravaju prolazak vjetrova i time smanjuju napetost crijeva. Pacijentima kojima je potrebna pomoć pomažemo im pri osobnoj higijeni i njezi usne šupljine. Poticati bolesnika i pomoći pri vježbama dubokog disanja i iskašljavanja. Time preveniramo respiratorne komplikacije i tromboemboliju. Osigurati povoljne mikroklimatske uvjete u sobi. Osigurati pravilnu prehranu. Prvih 48 sata parenteralna prehrana do uspostave peristaltike, 3. postoperativni dan parenteralna prehrana, 4. dan tekuća i kašasta dijeta. Kašasta prehrana se primjenjuje i do dva tjedna nakon operacije, jer ne nadima i ne sadrži celulozu. Pomoći bolesniku pri što ranijem ustajanju iz kreveta kako bi smanjili komplikacije dugotrajnog ležanja. Primjenjivati ordiniranu terapiju. Primijeniti aseptičan način rada pri previjanju i vađenju drena [2].

6.8. Poslijeoperacijske sestrinske dijagnoze

Svrha je postoperativne njege što prije postići stanje u kojem će se bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe i prevenirati komplikacije.

6.8.1. Bol u/s operacijskim zahvatom

„Bol je neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva.

”

Prikupljanje podataka: procijeniti jačinu skalom boli, prikupiti podatke o trajanju i širenju boli, o vitalnim funkcijama, prikupiti podatke o prijašnjim načinima ublažavanja boli

Kritični čimbenici: poslijeoperacijski period, terapijski postupci, bolesti organskih sustava

Vodeća obilježja: bolan izraz lica, blijeda koža, izražavanje negodovanja, pacijentova izjava o postojanju boli, jačini i lokalizaciji, povećan krvni tlak, puls, broj respiracija

Ciljevi: pacijent će na skali boli prikazati nižu razinu boli, pacijent će znati načine ublažavanja boli

Intervencije:

- ohrabriti pacijenta
- razgovarati sa pacijentom
- odvrćanje pažnje od boli
- prepoznati znakove boli
- izmjeriti vitalne funkcije
- ublažiti bol
- objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga ne mijenja
- obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli
- primijeniti farmakološku terapiju prema liječničkoj odredbi
- dokumentirati pacijentove promjene boli
- ponovo procijeniti bol

Evalvacija: pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne, pacijent zna nabrojiti uzroke boli, pacijent zna načine ublažavanja boli, pacijent ne osjeća bol [12]

6.8.2. Visok rizik za infekciju

„ Infekcija je zaraza organizma patogenim klicama, preko izravnog dodira s bolesnikom, preko zaraženih predmeta, hranom i pićem, udisanjem i putem kliconoša.“

Prikupljanje podataka: učiniti fizikalni pregled i procijeniti stanje rane, kirurške incizije-izgled, sekreciju, crvenilo, edem, bol, izmjeriti vitalne znakove, procijeniti stanje svijesti, prikupiti podatke o mogućim izvorima infekcije

Kritični čimbenici: postojanje ulaznog mjesta za infekciju: kirurški zahvat, intravenski kateter, urinarni kateter, stoma, kontakt s infektivnim tvarima/materijalima, nedostatak znanja o prijenosu infekcija

Ciljevi: tijekom hospitalizacije neće biti simptoma ni znakova infekcije, pacijent će usvojiti znakove i simptome infekcije

Intervencije:

- mjeriti vitalne znakove
- pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvještavati o njima
- pratiti izgled izlučevina
- pridržavati se mjera asepse pri previjanju rane
- provoditi higijenu
- njegu stome provoditi prema standardu
- zbrinuti infektivni materijal
- održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri
- održavati optimalne mikroklimatske uvjete
- primijeniti antibiotsku profilaksu prema odredbi liječnika
- educirati pacijenta o čimbenicima rizika za infekciju, načinima prijenosa infekcije, mjerama prevencije, ranim simptomima i znakovima infekcije

Evaluacija: tijekom hospitalizacije nije došlo do znakova infekcije, pacijent zna nabrojiti simptome infekcije i čimbenike rizika za nastanak infekcije [11]

6.8.3. Smanjena mogućnost brige za sebe u/s operativnim zahvatom

Prikupljanje podataka: procijeniti stupanj samostalnosti, uporabu pomagala pri oblačenju, obavljanu eliminacije, provođenju osobne higijene, hranjenja, prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti pacijenta, prikupiti podatke o postojanju boli, prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

Kritični čimbenici: dob pacijenta, prijašnje bolesti

Vodeća obilježja: nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja, dotjerivanja, nemogućnost samostalnog odlaska/dolaska do toaleta, nemogućnost samostalnog pranja određenog dijela tijela, nemogućnost samostalnog hranjenja

Ciljevi: pacijent će bez nelagode tražiti pomoć, pacijent će povećati stupanj samostalnosti, pacijent će znati koristiti adaptivni pribor za obavljanje potreba, pacijent će prihvatiti pomoć druge osobe

Intervencije:

- napraviti plan izvođenja aktivnosti
- pomoći pacijentu pri zadovoljavanju osnovnih potreba
- osigurati mu dovoljno vremena
- osigurati privatnost
- biti uz pacijenta

Evaluacija: pacijent izvodi aktivnosti primjereno stupnju samostalnosti, iskazuje zadovoljstvo postignutim, pacijent primjenjuje pribor i pomagala koja povećavaju stupanj njegove samostalnosti, pacijent prihvaća pomoć [11]

7. Skrb za pacijenta s kolostomom

Kolostoma je trajno ili privremeno izveden dio kolona na trbušnu stijenku. Ovisno o djelu kolona na kojem se nalazi stoma razlikujemo: cekostomu, transversostomu i sigmostomu. Teže je raditi njegu kod cekostome i transverzostome zbog prisutnosti crijevnih fermenta i mogućnosti maceracije kože. Kod stome na završnom djelu debelog crijeva njega stome je lakša zbog toga jer je koncentracija vode manja. Kada je stoma svijetla i ima boju goreline, upućuje nas na dobro opskrbljenost krvlju. Kada se pojavi nekroza stoma je crna ili tamnoljubičasta. Pojava stolice na stomu je najčešće 2-5 dana od operativnog zahvata. Stoma je podložna mjenjanju promjera, pa je važno mjeriti veličinu stome zbog primjene odgovarajućih stoma podloga i veličine otvora za stoma vrećice [1].

Kada se bolesnik oporavi od operacije medicinska sestra ga upoznaje i uključuje u proces njega kolostome i pripremu potrebnog materijala. Važno je da medicinska sestra pomogne bolesniku u izgradnji samopouzdanja, kako bi provodio njegu bez straha i srama. Tijekom edukacije bolesniku je potrebno pružiti psihološku i emocionalnu podršku. U edukaciju je važno uključiti obitelj bolesnika i stomaterapeuta. Medicinska sestra demonstrira na koji način primjeniti stoma pomagala sve dok bolesnik ne počne samostalno i pravilno izvoditi postupak.

7.1. Priprema materijala za njegu kolostome

Medicinska sestra će upoznati i educirati bolesnika s njegom i toaletom stome. Materijal potreban za njegu stome:

- stoma vrećica sa primjerenim otvorom
- stoma podloga s primjerenim otvorom
- voda i neutralni sapun
- smotuljci gaze
- rukavice
- škare
- zaštitna krema i puderi
- antibiotski sprej
- bubrežasta zdjelica
- posuda za otpadni materijal [1]

7.2. Priprema bolesnika za njegu kolostome

Kolostoma nastaje kada se zdravo debelo crijevo izvede na površinu trbušne šupljine (abdomen) tamo se učvrsti šavima, te predstavlja novi izlaz za stolicu (feces). Na taj način zaobilazi se čmar (anus), a sam probavni sustav i dalje normalno djeluje (funkcionira). Kod jednodjelnog sustava vrećica se mijenja kada se napuni do pola ili kada se pacijent već neugodno osjeća. Pokušati izbjeći često i nepotrebno skidanje podloge za stomu jer se time oštećuje koža. Ukoliko se koristi dvodjelni sustav stoma stoma pločica ostaje oko stome 3-5 dana, a vrećica se mijenja kada je potrebno.

Nakon oporavka od operativnog zahvata medicinska sestra educira pacijenta o načinu njege kolostome i pripremi potrebnog materijala za njegu. Tjekom edukacije bolesniku treba pružiti psihološku podršku. Bolesnici se teško prilagođavaju na stomu jer kod mnogih to izaziva odbojnost i pad samopoštovanja. Kada je bolesniku pružena podrška, lakše prihvaća novonastalu situaciju i sljedi date upute [1].

7.3. Postupak njege kolostome

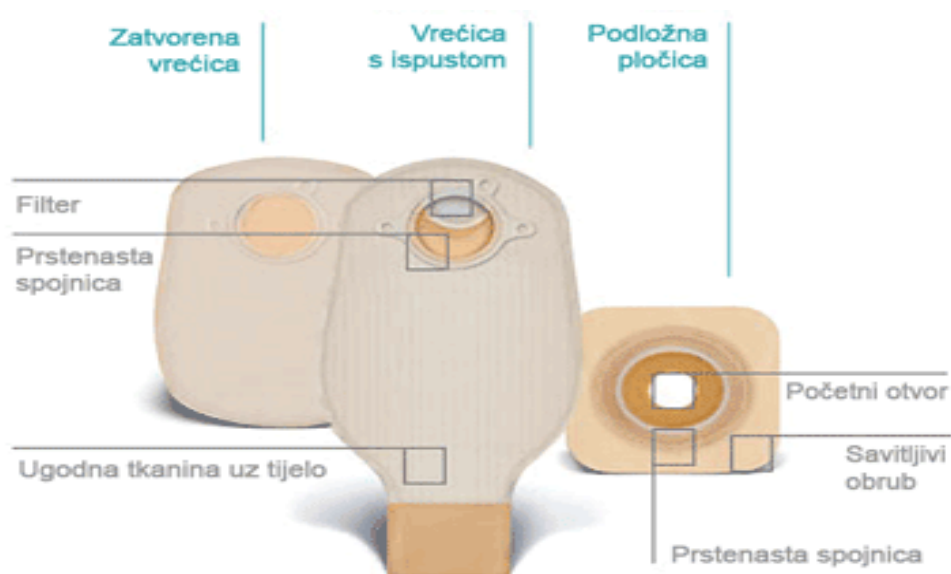
Kada se bolesnik oporavi od operativnog zahvata medicinska sestra ga treba uputiti u način njege kolostome. Postupak započinje:

- stavljanjem rukavica
- korištena stoma vrećica se skida i baca
- stolica sa stome se uklanja smotuljcima vate ili mekanim materijalom
- stoma podloga se skida i baca
- koža oko stome se pažljivo opere toplom vodom i neutralnim sapunom i lagano se tapkajući posuši
- na suhu neoštećenu kožu se stavlja nova stoma podloga
- stoma podloga mora biti dobro fiksirana i stavlja se stoma vrećica
- ukoliko je koža oko stome oštećena izbjegava se stavljanje stoma podloge, stavlja se samo sloj gaze
- kod oštećene kože koristi se antibiotski sprej [1]

7.4. Život sa kolostomom

Mnogi bolesnici smatraju da će stoma negativno utjecati na njihove svakodnevne aktivnosti. Brinu o tome kakvu odjeću moraju nositi, smiju li se kupati, čime se mogu baviti... Odjeća mora biti udobna i ne pretjesna. Preporuča se tuširanje sa ili bez stoma vrećice i sa dobro pričvršćenom stoma vrećicom. U početku bolesnik se treba pridržavati određenih preporuka prehrane: izbjegavati svježe voće, namirnice s puno celuloze i sa složenim ugljikohidratima. Nakon određenog vremena bolesnik sam procjenjuje koja mu hrana odgovara, a koja ne. Kada se bolesnik sprema na put treba si uzeti sav pribor potreban za njegu kolostome [1].

Nakon operacije bolesnik mora, što prije, ovisno o svojim psihičkim i fizičkim sposobnostima usvojiti postupke koje će raditi cijeli život. Pri otpustu iz bolnice uputiti bolesnika za održavanje okoline stome prema pravilma asepsa i primjeni pomagala za stomu. Educirati bolesnika o prehrani, mogućnosti pomagala za stomu i uputiti ga u mogućnost uključivanja u rad „Stoma kluba“. Kvaliteta života bolesnika sa stomom ovisi o tome kako su bolesnik i obitelj usvojili postupke njege stome i prihvatili način života sa stomom [4].



Slika 7.4.1. Stoma podloga i vrećica

Izvor: http://www.stoma-medical.hr/kutakzp/s2-izbor_stoma_pomagala.html

7.5. Enterostomalni terapeuti u Republici Hrvatskoj

Sveučilište u Rijeci omogućuje obrazovanje medicinskih sestara- stomaterapeuta. Nedostatak je medicinskih sestara koje se brinu o osobama sa stomom. Iz tog razloga pokrenut je program za stjecanje kompetencija medicinskih sestara iz područja enterostomalne terapije. Završetkom obrazovanja polaznici dobiju certifikat enterostomalnog terapeuta priznatog od strane WCET-a (svjetsko vijeće enterostomalnih terapeuta). Nakon obrazovanja biti će osposobljeni za pružanje pomoći i brigu o osobama sa stomom. Program ima svoju vrijednost jer omogućava prvostupnicama sestrinstva dobivanje dodatnih vještina i kompetencija iz područja enterostomalne terapije [13]. Provedeno je 2015. godine istraživanje o pripremi bolesnika za život sa stomom i medicinskim sestrama koje skrbu o stomi. Istraživanje je bilo objavljeno u Plavom fokusu, a autor istraživanja je bio Benčić I. Istraživanje je bilo provedeno pomoću anketnog upitnika, a u istraživanju je sudjelovao 31 ispitanik. Na temelju istraživanja može se zaključiti da je stanovništvo slabo informirano o životu sa stomom. Edukacija o životu sa stomom puno je učinkovitija ukoliko se započinje u prijeoperacijskom periodu. Zadaća enterostomalnog terapeuta je razvijati standarde za područja enterostomalne terapije. Cilj medicinske sestre / tehničara-stomaterapeuta je u što većoj mjeri vratiti oboljelu osobu što u cjelovito, puno i samostalno življenje [15]. Istraživanje o komplikacijama bolesnika sa stomom bilo je provedeno 2018. godine. Autori istraživanja su Malik T., Lee MJ., Harikrishnan AB. U istraživanju je sudjelovalo 18 ispitanika. Učestalost komplikacija povezanih sa stomom kretala se od 2,9% do 81,1%. Najčešće su komplikacije bile komplikacije kože i parastomalna kila. Ispravno izveden tijesan spoj podložne pločice sa stomom, presudan je čimbenik u spriječavanju nastanka problema s kožom oko stome [16].

8. Zaključak

Ukoliko se karcinom debelog crijeva otkrije u početnom stadiju, mogućnost izlječenja je velika. Pažnju treba posvetiti simptomima koji upućuju na pojavu karcinoma: proljev, zatvor, rektalno krvarenje ili krv u stolici, stalna nelagoda u trbuhu, osjećaj da se crijeva nikad u potpunosti ne isprazne, slabost umor i neobjašnjiv gubitak težine. Stanovništvo se treba educirati o važnosti odaziva na Nacionalni program za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva, kako bi šanse za izlječenje bile veće. U dijagnostičke metode otkrivanja karcinoma spadaju fizikalni pregled, digitorektalni pregled, rektosigmoidoskopija, kolonoskopija, fleksibilna sigmoidoskopija, irigografija, nuklearna magnetna rezonanca i dr. Najbolje izgleda za liječenje kolorektalnog karcinoma daje radikalni kirurški zahvat. Važnu ulogu u prevenciji ima pravilna prehrana i zdrav način života.

Svrha prijeoperacijske pripreme je osigurati bolesniku najbolju moguću psihološku, fizičku, emocionalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat. Bolesnici koji se psihički i fizički dobro pripreme, bolje podnose kirurški zahvat i bolove, oporavljaju se brže, rjeđe imaju komplikacije, boravak u bolnici se skraćuje.

Život sa stomom ponekad je borba s predrasudama no češće je to izazov vrijedan borbe jer stoma spašava život. Zdravstveni odgoj bolesnika koji će imati kolostomu počinje njegovom psihičkom pripremom za kirurški zahvat. Ispravno izveden tijesan spoj podložne pločice sa stomom, presudan je čimbenik u spriječavanju nastanka problema s kožom oko stome. Kvaliteta života bolesnika sa stomom ovisi o tome kako su bolesnik i obitelj osvojili postupke njege stome i prihvatili način života sa stomom. Medicinske sestre trebaju prenositi svoje znanje i iskustvo na bolesnika i njegovu obitelj. Pažnja se treba posvetiti školovanju medicinskih sestara koje bi skrbile o pacijentima sa stomom. Najvažniju ulogu u njezi bolesnika sa karcinomom debelog crijeva imaju medicinske sestre te obitelj.

U Varaždinu, 12.11.2018.

9. Literatura:

1. Kalauz S., Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima (nastavni tekstovi), Zagreb, siječanj 2000.
2. Prpić I., i suradnici, Kirurgija za medicinare, treće izdanje, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
3. <https://hrcak.srce.hr/file/157128>, dostupno 17.06.2018.
4. Kovačević I., Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2003.
5. Vrdoljak E., Šamija M., Kusić Z., Petković M., Gugić D., Krajina Z., Klinička onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
6. <https://hrcak.srce.hr/154167>, dostupno 02.09.2018.
7. www.zzjzdnz.hr/projekti/27, dostupno 17.06.2018.
8. Šamija M., Kaučić H., Mišir-Krpan A., Klinička onkologija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2012.
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18798473>, dostupno 03.09.2018.
10. www.kbcrijeka.hr/docs/PREHRANA%20NAKON%20OPERACIJE%20CRIJEVA.pdf, dostupno 03.09.2018.
11. http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 12.09.2018.
12. http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 12.09.2018.
13. <https://www.fzsri.uniri.hr/hr/cjelozivotno-obrazovanje/stjecanje-kompetencija-medicinskih-sestara-iz-podrucja-enterostomalne-terapije.html>, dostupno 15.09.2018.
14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6477003>, dostupno 02.09.2018.
15. http://www.hkms.hr/data/1469001823_690_mala_Plavi%20fokus%202-16.pdf, dostupno 15.09.2018.
16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30112948>, dostupno 16.09.2018.
17. www.poliklinika-sunce.hr/usluge/irigografija/, dostupno 22.10.2018.

9.1. Popis slika:

Slika 2.1. Prikaz anatomije debelog crijeva.....	3
Slika 3.2.1. Stadiji karcinoma debelog crijeva.....	6
Slika 4.7.1. Uređaj za magnetnu rezonancu.....	11
Slika: 5.1.1. Preporuke za dijetoterapiju poslije operacije na crijevima i želucu.....	14
Slika 7.4.1. Stoma podloga i vrećica.....	27



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smije koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, časopisa, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim privođenjem tuđeg znanstvenog ili stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IVANA SRŠA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJIVANJE MJEŠTARSKOSTI UZAJAMNOG ODRŽAVANJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Srša
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, IVANA SRŠA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJIVANJE MJEŠTARSKOSTI UZAJAMNOG ODRŽAVANJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica. IZJAVLJIVANJE MJEŠTARSKOSTI UZAJAMNOG ODRŽAVANJA

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Srša
(vlastoručni potpis)